70

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

RECHERCHES SUR QUELQUES SYMPTOMES

observés au cours de certaines

Psychoses systématisées chroniques

PAR

Jean-Jules-Etienne CHAMPAVÈRE

Né à St-Didier-la-Séauve (Haute-Loire), le 4 août 1886

Président : M. GILBERT BALLET, *Professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

51443

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT-BALLET

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE
A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HOPITAUX ET DE L'ASILE CLINIQUE
SAINTE-ANNE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUELLE

MÉDECIN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

En témoignage de ma respectueuse gratitude.

Recherches sur quelques symptômes observés au cours de certaines psychoses systématisées chroniques.

Les travaux de l'Ecole française (notamment Lasègue, Morel, Magnan), avaient établi dans les délires systématisés chroniques, une distinction entre les délires chroniques à évolution systématique accompagnés de troubles sensoriels divers et importants, et les délires systématisés sans évolution ou à évolution atypique où les troubles sensoriels étaient nuls ou de peu d'importance. Ce dernier groupe rentrait, à côté des folies raisonnantes, des délires des persécutés persécuteurs, des processifs, etc., dans le cadre des psychoses des dégénérés.

Sérieux et Capgras ont voulu séparer plus complètement encore ce dernier groupe du précédent, qu'avec Kroepelin ils tendaient à faire rentrer dans la démence précoce à forme paranoïde et ils ont introduit une distinction plus précise entre les différents cas rangés dans le groupe des psychoses raisonnantes ; ils ont créé une entité morbide spéciale, le délire d'interprétation, qui vient s'opposer à la psychose hallucinatoire de Ballet.

Le délire d'interprétation présente un caractère particulier : les troubles sensoriels sont le plus souvent absents du tableau clinique de cette psychose ; ils n'y interviennent souvent qu'à titre épisodique et tout à fait accessoire. Ce symptôme négatif, joint

à l'absence d'évolution systématique, à l'absence d'affaiblissement intellectuel, de dissociation de la personnalité, contribue à donner aux interprétateurs un aspect tout à fait spécial. Du reste, cette absence de troubles sensoriels ne doit pas être prise trop au pied de la lettre. Sérieux et Capgras, ont, en effet, montré qu'il existait, au cours de ces délires, des illusions ou des hallucinations se présentant sous des aspects très divers.

Le plus souvent, il s'agit d'illusions ou d'hallucinations sensorielles peu fréquentes et frustes : tantôt ce sont des hallucinations auditives consistant en un mot, une phrase, entendus à des intervalles assez éloignés, survenant souvent la nuit, et souvent liés « à une émotion intense, à la peur, au fanatisme, à l'attention expectante », tantôt, mais plus rarement, ce sont des illusions ou des hallucinations visuelles.

Mais suivant ces auteurs, il n'existerait pas d'hallucinations cœnesthésiques proprement dites. Ce sont des illusions, ou même le plus souvent des interprétations de sensations organiques réelles, ce qui leur permet de faire rentrer dans le délire d'interprétation le délire de persécution physique de jadis. Toutefois, ils ont montré que les malades, surtout quand il s'agit d'interprétateurs, interprètent leurs sensations internes dans le sens de leur délire. Dans certains cas se sont des phénomènes physiologistes tels que la fatigue, les érections, qui servent de base à leurs idées délirantes. Mais beaucoup plus

souvent ce sont des phénomènes pathologiques peu accusés comme des crampes, des douleurs névralgiques, des frissons, des prurits, des pollutions nocturnes, des insomnies, etc., qui sont en cause.

Ces troubles de la sensibilité générale sont, à l'inverse des hallucinations, très fréquentes au cours des délires systématisés, particulièrement à leur période d'élaboration ; c'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Mais au cours de ces délires, il existe souvent des phénomènes plus complexes, consistant en illusions, en hallucinations à prédominance souvent nocturne, en rêves, etc. Ces troubles dominent plus ou moins le tableau clinique au point d'en modifier parfois l'aspect, véritables « épisodes hallucinatoires », ainsi que les ont nommés Sérieux et Capgras. Ces épisodes sont périodiques et passagers, et une fois terminés, le malade les considère comme des phénomènes morbides et le plus souvent les interprète dans le sens de son délire.

Nous avons remarqué précédemment que les hallucinations auditives étaient fréquentes la nuit. Beaucoup d'autres auteurs font également observer que les troubles qui nous occupent, — épisodes hallucinatoires et troubles sensitifs — se manifestaient de préférence la nuit, soit pendant la période qui précède le sommeil complet, soit au cours même du sommeil, soit enfin, mais plus rarement, au moment du réveil.

Cela est surtout fréquent pour les troubles de la sensibilité dont nous avons parlé plus haut. Les malades ressentent des bourdonnements d'oreilles, des pincements, des picotements, des douleurs névralgiques, des douleurs organiques plus ou moins liées aux troubles de la santé générale ou du fonctionnement d'un organe et interprétent ces sensations dans le sens de leur délire. Ils se plaignent qu'on les électrise, qu'on les brûle, qu'on les magnétise, etc., et ils font rentrer dans leur délire ces sensations pénibles par le même procédé systématique qu'ils emploient pour y faire rentrer les autres perceptions et impressions perçues à l'état de veille.

Il arrive même dans certains cas (V. obs. V) que ces sensations pénibles nocturnes servent plus ou moins longtemps d'aliment exclusif à leur délire.

On a remarqué, mais il n'y a d'ailleurs pas de règle absolue, qu'à la période de début de ces délires, ces phénomènes étaient souvent *presque exclusivement nocturnes*, et c'est seulement à une période plus avancée de la psychose qu'ils apparaissent de façon permanente, à toute heure du jour, peut-être par une sorte d'habitude mentale.

Notre intention n'est pas de décrire ces troubles sensitifs endogènes, ces épisodes hallucinatoires, ni d'en faire une étude psychopathologique, ce qui a été fait par de nombreux auteurs. Nous voulons seulement rechercher s'il ne serait pas possible de trouver une base organique à ces manifestations étrangères, en somme, aux délires intellectuels,

pour employer l'ancienne formule, au cours desquels on les observe.

*
* *

En premier lieu, il convient de se demander quelle est la valeur exacte des phénomènes qui nous occupent et de quelle catégorie de symptômes mentaux ils se rapprochent le plus. Négligeons pour un moment les troubles sensitifs que nous avons signalé. Nous nous occuperons surtout des épisodes hallucinatoires nocturnes, que la majorité des auteurs tend de plus en plus à assimiler à des crises subaiguës de confusion mentale.

On remarque, en effet, que ces épisodes hallucinatoires sont des phénomènes qui se surajoutent au délire du malade. Ce sont des troubles passagers, intermittents, survenant surtout au cours du délire d'interprétation, qui peuvent accessoirement servir de base à de nouvelles idées délirantes, mais sont le plus fréquemment interprétés dans le sens des idées préexistantes. Il faut remarquer également qu'il n'existe que rarement des illusions ou des hallucinations localisées à un appareil sensoriel déterminé. Le plus souvent, on observe une association de troubles sensoriels qui forment un complexus particulier fort analogue à ce qui se passe dans le rêve normal. C'est du reste pour cette raison que Sérieux et Capgras désignent, à plusieurs reprises, ces phénomènes sous le nom de « bouffées oniriques. »

C'est, du reste, sur cette ressemblance que la plupart des auteurs se sont basés pour assimiler ces bouffées oniriques à des crises de confusion mentale subaiguë. D'ailleurs, l'analogie du rêve avec le délire de la confusion mentale est une notion bien établie à l'heure actuelle. C'est en effet, du mémoire de Régis et Chevalier-Lavaure et des communications de Régis en 1894 que date cette notion. Ils ont montré que le délire de la confusion mentale était un délire de rêve, délire analogue à celui qu'avait décrit Lasègue en 1881 comme délire alcoolique. « Ce délire onirique, véritable rêve d'un sommeil pathologique, dit Régis, est un véritable état somnambulique, un état second, formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente. »

Ce délire onirique présente un certain nombre d'aspects cliniques et dans les cas où il est peu intense, il revêt tout à fait le tableau clinique des bouffées oniriques que nous étudions. « Certains malades atteints de confusion mentale hallucinatoire, dit Régis, assistent sans réagir au défilé de leurs tableaux oniriques, prenant une part purement psychique aux événements qui se déroulent en eux-mêmes. L'ouverture des paupières suffit parfois à rendre le malade à la vie réelle et à dissiper ses visions fantasmagoriques. Celles-ci se montrent aussi les yeux ouverts, à la tombée de la nuit ou dans l'obscurité. A ce degré le délire est *nocturne* et ne reparaît qu'au crépuscule, ou seulement au premier assoupissement. »

Il est donc apparent qu'il existe une grande similitude pour ne pas dire une identité complète entre les phénomènes que nous étudions et une des manifestations principales de la confusion mentale. Nous sommes donc amenés à examiner les rapports qu'ils présentent avec ce grand syndrôme et notamment avec les causes de ce dernier.

*
* *

Il est aujourd'hui de notion courante que la confusion mentale est intimement liée à une intoxication exogène ou endogène de l'organisme.

La confusion mentale, telle que l'avait comprise Delasiauve, en 1851, ne comportait pas une telle interprétation des faits. Mais, dans la suite, les travaux de Lasègue sur le délire alcoolique (1881), ceux de Magnan sur les délires toxiques, ont permis à Chaslin, lors de sa magistrale description de la confusion mentale (1892-1895), d'émettre l'hypothèse de l'origine toxique de cette dernière.

Cette notion a fait depuis cette époque l'objet de nombreux travaux, en particulier de Régis et de ses élèves. Cet auteur signale en 1893, la ressemblance entre les délires des maladies infectieuses et celui de la confusion mentale, et l'année suivante, il assimile nettement celle-ci à une intoxication, attribuant les manifestations confusionnelles à une inhibition passagère des cellules cérébrales.

De nombreux auteurs le suivent alors dans cette

voie. Séglas (1893) publie une observation de malade chez qui la confusion mentale est apparue à la suite de trois infections successives : rougeole, angine herpétique, choléra.

Gilbert Ballet fait une étude approfondie des psychoses puerpérales et fait, en collaboration avec Laignel-Lavastine de remarquables recherches sur l'anatomie pathologique de la confusion mentale.

On s'est également préoccupé de rechercher quels pouvaient être les agents infectieux ou toxiques capables de provoquer des crises de confusion. Leur nombre en paraît assez considérable, l'aspect clinique du syndrôme paraissant dans une certaine mesure, lié à la toxicité de l'agent causal.

Dans beaucoup de cas l'infection causale est très nette. Toutes les graves pyréxies, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la fièvre puerpérale, etc., sont capables de provoquer des accès de confusion mentale et cliniquement on observe tous les intermédiaires entre les grands troubles confusionnels et le syndrôme qu'on rencontre dans les pyréxies sous forme de cauchemar plus ou moins intermittent.

Mais souvent les troubles confusionnels se présentent avec des allures subaiguës ou chroniques, où l'intoxication de l'organisme n'apparaît pas aussi nettement. Klippel a mis en lumière l'autointoxication d'origine hépatique, et lui attribue aussi la plus grande partie des troubles mentaux d'origine alcoolique. Vigouroux et Juquelier complètent cette notion étiologique des délires alcooli-

ques et montrent que le brightisme peut également être la cause d'accidents délirants. Maurice Faure décrit dans sa thèse un syndrôme confusionnel lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales.

Mais dans un grand nombre de cas de confusion mentale, la nature de l'agent toxique causal est extrêmement difficile à déceler. Il s'agit alors le plus souvent d'une auto-intoxication plus facile à admettre logiquement qu'à démontrer dans son mécanisme intime, beaucoup de ces agents auto-toxiques étant mal connus actuellement.

Cette auto-intoxication peut être d'origine gastro-intestinale, liée à une alimentation défectueuse, à une constipation opiniâtre, une affection chronique du tube digestif. Il existe également de petites insuffisances hépatiques ou rénales, se manifestant par des troubles vagues et variés, du subictère, de l'urobilinurie, de l'hypoazoturie, souvent combinées l'une à l'autre et amenant des troubles confusionnels parfois très intenses.

Les notions récentes sur le fonctionnement des glandes à sécrétion interne sont venues jeter la lumière sur certains cas obscurs de confusion mentale. L'insuffisance de ces glandes déversant dans l'organisme des produits toxiques qui se rapprochent des poisons de la nutrition, exercent une action diffuse sur l'économie, ou restreignent leur action à un ou plusieurs systèmes organiques distincts. Ce sont des substances de cette nature qui déterminent de ces confusions mentales — maladies

« dans l'expression clinique desquelles les symptômes psychiques éclatants s'accompagnent de modifications somatiques peu marquées, passées à l'arrière-plan, telles que de petits signes de poly-intoxication intestinale, hépatique, rénale, manifestations souvent subtiles des glandes internes. » C'est ainsi que Laignel-Lavastine a récemment attiré l'attention sur les troubles mentaux dus aux lésions des capsules surrénales.

De même il semble bien que la confusion mentale contribue à constituer le syndrôme presbyophrénie. En effet, Truelle et Bessière ont pensé que le syndrôme confusionnel observé par eux chez plusieurs presbyophréniques, était dû à une auto-intoxication permanente et légère révélée par des petits signes d'insuffisance hépatique ou rénale se traduisant par l'élimination dans leurs urines d'urobiline, d'acides ou de pigments biliaires. Cette très intéressante théorie a été d'ailleurs pleinement adoptée par Régis, qui a obtenu des résultats urologiques analogues. « Si la presbyophrénie ressemble à la psychopolynévrite, dit-il, c'est parce que ce sont, l'une et l'autre, des confusions mentales, comme toutes les psychoses d'auto-intoxication et d'infection. »

D'après cet auteur, on tend de plus en plus à considérer la presbyophrénie comme un mélange à parties variables de démence et de confusion qui seule explique toutes les particularités de la maladie.

*
* *

Ainsi, toutes les recherches faites dans ces dernières années sur l'étiologie de la confusion mentale ont conduit les auteurs à admettre que ce syndrôme, de même que les manifestations oniriques qui l'accompagnent, relève d'une intoxication de l'organisme.

Il se présente cliniquement sous des aspects très différents, tantôt existant à l'état de psychose bien individualisée, tantôt mélangé aux symptômes d'autres états nevreux, tantôt, enfin, présentant des rapports plus ou moins intimes avec d'autres psychoses, notamment les psychoses constitutionnelles.

La confusion mentale présente d'ailleurs des rapports étroits avec les psychoses constitutionnelles et en particulier avec les délires plus ou moins systématisés. Sans détailler ces rapports, nous nous contenterons de signaler qu'il existe des délires systématisés secondaires, consécutifs à un ou à une série d'accès de confusion. Ils font ainsi partie des anciens délires systématisés secondaires d'Anglade.

Dans d'autres cas, certaines idées délirantes, reliquat d'une confusion mentale avec délire onirique, peuvent persister en ébauchant plus ou moins une systématisation. Delmas et Gallais (Société de Psychiatrie, 1911) en ont rapporté un cas typique chez un alcoolique.

Il existe également des délires systématisés de rêve à rêve. Il s'agit alors de rêve prolongé à l'état

de veille. Le malade puise ses conceptions délirantes dans les rêves du sommeil, ou bien étant éveillé, dans un état spécial comparable au rêve.

Enfin il existe des épisodes passagers, accidentels, de délire confusionnel, survenant au cours des délires systématisés. « Ce délire onirique, dit Régis, se surajoute aux épisodes polymorphes et dégénératifs ; il est alors passager, intermittent, inconstant et peut rester indépendant des troubles mentaux sous-jacents, soit s'y incorporer d'une façon complète. » Ce sont là les caractères que nous avons justement assignés aux phénomènes dont nous nous occupons.

Ce sont donc de véritables bouffées oniriques où abondent les illusions et les hallucinations usuelles. Tel malade voit dans la nuit « le gnome de sa persécutrice, le microbe. » Un autre de nos malades se plaint que les médecins, le personnel, ses voisins « se font voir à lui dans sa chambre la nuit pour l'espionner. » Un autre présente surtout des troubles auditifs (il a eu un vertige de Ménière). Lorsqu'il était chez lui, toutes les voitures détournées à dessein de leur chemin, roulaient à grand fracas sous ses fenêtres. Ici, il entend des voix qui crient, des portes qui grincent, des bourdonnements, des sifflements.

Les hallucinations génitales se rencontrent aussi très fréquemment au cours du sommeil, surtout chez les femmes. Un de nos malades se plaignait ainsi d'un courant électrique qui s'insinuait par

l'anus, gagnant les organes génitaux, déterminant une éjaculation non voluptueuse accompagnée de picotements et de sensations bizarres qu'il interprète en disant qu'il a à l'intérieur des organes sexuels féminins.

Ces troubles confusionnels sont fréquemment concomitants aux troubles de la sensibilité générale que nous avons signalés au début. Nous rappellerons qu'ils s'emparent surtout du malade soit pendant la *période de somnolence qui précède immédiatement le sommeil, soit au cours du sommeil lui-même.*

Nous venons de voir combien était frappante l'analogie de ces phénomènes morbides avec les troubles confusionnels et en particulier avec les phénomènes oniriques signalés au cours des délires systématisés ; aussi nous pensons qu'il est logique de les comprendre dans cette catégorie de symptômes mentaux.

*
* *

Nous avons vu dans la première partie de ce travail comment les phénomènes que nous avons décrits et dont nous avons montré la prédominance hypnique et hypnagogique, pouvaient être assimilés, tout au moins pour ce qui est des troubles sensoriels, à des crises subaiguës de confusion mentale. Nous avons vu également que l'origine toxique de la confusion mentale était un fait universellement admis. Nous sommes donc conduit à nous demander si les phénomènes observés ne relèvent pas également d'une origine toxique.

Mais on peut encore se demander pour quelles raisons ces accidents confusionnels ne surviennent, dans la majorité des cas, qu'à l'occasion d'une des phases du sommeil et se produisent de façon intermittente alors que les malades sont *a priori* des intoxiqués ou des auto-intoxiqués permanents. Il nous devient donc nécessaire d'examiner plus en détail la série de phénomènes physiologiques qui caractérisent le sommeil. Il nous faudra rechercher particulièrement s'il n'existe pas, au cours du sommeil quelque modification des humeurs de l'organisme capable de provoquer ou d'augmenter une auto-intoxication passagère.

Il convient de remarquer, en passant, qu'il existe, au point de vue purement psychologique, de nombreuses analogies, d'une part entre les rêves et les délires, d'autre part, entre l'état hypnagogique qui précède le sommeil complet et l'état de confusion mentale simple, atténuée. Nous avons déjà beaucoup insisté sur le premier point en montrant l'analogie du délire onirique avec le rêve normal. Dans l'état hypnagogique également, dans cet état où l'activité psychique se ralentit, où l'attention diminue, où les associations d'idées s'arrêtent, les sensations perdent de plus en plus de netteté. Il arrive alors, même à l'état normal, que le sujet présente des illusions sensorielles considérables qui créent un véritable état de désorientation passagère, présentant les plus grandes analogies avec les symptômes confusionnels.

Mais, ces aperçus psychologiques, quelle qu'en soit la valeur, ne sauraient retenir longtemps notre attention, notre but étant de rechercher les modifications physiologiques qui se produisent dans les différents systèmes de l'économie au cours du sommeil normal. Ces phénomènes organiques ont été particulièrement étudiés au cours de ces dernières années par les physiologistes, dont les travaux se trouvent rapportés dans le livre de Piéron, sur « le Problème physiologique du sommeil. »

Tous les appareils de l'économie sont modifiés au cours du sommeil. Du côté de l'appareil circula-

toire, on observe un ralentissement du pouls, s'accompagnant d'une très légère diminution de la pression artérielle et de quelques phénomènes vasomoteurs : vaso-dilatation indiscutable du côté des muscles, vaso-constriction du côté des organes abdominaux. L'entente n'est pas faite en ce qui concerne le cerveau. La majorité des auteurs admettent qu'il y a vaso-constriction, mais beaucoup de faits expérimentaux viennent contrecarrer cette théorie.

Les mouvements respiratoires subissent un ralentissement assez marqué avec allongement des pauses respiratoires produisant un rythme analogue à celui de Cheyne-Stokes. Ce ralentissement amène une diminution de la ventilation mais l'oxygène absorbé reste en même quantité tandis que l'exhalation d'acide carbonique est notablement diminuée. Le coefficient $\frac{Co^2}{O}$ diminue alors, ce qui montre l'accumulation d'oxygène dans le sommeil.

Les sécrétions et les mouvements de l'appareil digestif ne sont pas profondément modifiés au cours du sommeil.

On observe, par contre, des modifications extrêmement importantes du côté de la sécrétion urinaire : Au point de vue quantitatif, la sécrétion urinaire est nettement diminuée pendant le sommeil. La densité augmente, allant jusqu'à 1031 et le point de congélation s'abaisse. La teneur en chlorure de sodium, de même que le taux de l'urée s'abaissent éga-

lement mais cet abaissement reste parallèle à la diminution de la quantité des urines. Mais, par contre, les autres composés azotés sont en quantité extrêmement inférieure à celle observée à l'état de veille, notamment pour la créatinine qui est presque absente, et pour l'acide urique dont le taux tombe à 0 gr. 0207. La toxicité de ces urines a fait l'objet d'un important travail de Bouchard. Cet auteur a montré que les urines du sommeil étaient extrêmement hypotoxiques par rapport à celles de la veille, le minimum de toxicité se montrant au moment même du début du sommeil. Il a montré aussi que les urines du sommeil possèdent des propriétés convulsivantes alors que celles émises pendant la veille avaient une action narcotique.

Il convient également d'attirer l'attention sur un phénomène bien mis en valeur par Achard et Demanche, puis Faugeron. Ces auteurs ont montré que chez les individus normaux l'élimination des produits étrangers à l'organisme était très peu diminué et que celle du bleu de méthylène était, au contraire augmentée. Au contraire, chez les sujets atteints de troubles rénaux ou d'affections circulatoires, l'élimination hypnique est très diminuée pour toutes les substances étrangères, y compris le bleu de méthylène.

Des expériences faites sur les animaux privés de sommeil ont montré des modifications histologiques du cerveau et toxiques des humeurs dans le sens d'une intoxication générale. C'est ainsi que les

injections de liquide céphalo-rachidien, de sérum sanguin provenant d'un animal en état d'insomnie prolongée, suffiraient à provoquer le sommeil chez les animaux injectés. D'un autre côté les lésions anatomo-pathologiques observées au niveau de l'axe encéphalo-médullaire des animaux privés de sommeil montrent des lésions cellulaires portant surtout sur les corpuscules de Nissl et *assez semblables à celles de la confusion mentale* (Piéron).

Ces données expérimentales ont conduit les physiologistes à poser le problème des causes du sommeil. Nombreuses sont les théories qu'on a émises successivement dans ce but. Les théories vaso-motrices basées sur l'anémie cérébrale (Blumenbach, Fleming, Mosso) ou sur la congestion cérébrale (Langlet, Czerny) sont actuellement abandonnées. Il en est de même des théories nerveuses se basant sur l'interruption des voies sensitives (Osborne, Mauthner), sur le retrait du prolongement dendritique des cellules (Lépine et Mathias Duval), sur l'inhibition nerveuse par les nervi nervorum (Mathias Duval et Deyber, Brown-Séquard), enfin sur la conception d'un centre particulier du sommeil (Gayet, Wernicke).

Actuellement, la majorité des physiologistes admet de plus en plus qu'une modification des humeurs est à la base du sommeil. On a successivement incriminé les sécrétions internes (Lorand), la déshydratation de l'organisme (Devaux), les altéra-

tions du chimisme cellulaire (Herlitzka), la présence d'acide lactique et de cholestérine (Preyer, Obersteiner), d'acide carbonique (Raphaël Dubois), de leucomaïnes (Armand Gautier), d'urotoxine et de neurotoxine (Bouchard) dans le sang.

Piéron, résumant les différentes théories du sommeil et les comparant avec les recherches expérimentales récentes, est d'avis que seules, les théories toxiques du sommeil, doivent être retenues. Il est pour lui de notion expérimentale et indubitable que le sommeil rapidement profond est dû à l'action d'une hypnotoxine mettant en jeu une incitation inhibitrice, tandis que la somnolence relèverait plutôt d'une intoxication directe des éléments cellulaires dont l'activité fonctionnelle serait paralysée par un mécanisme chimique et non plus nerveux. Ce mécanisme inhibiteur mis en jeu par l'influence habituelle de l'hypnotoxine, peut également être déclanché par d'autres influences. C'est ainsi que pour Piéron, les infections, les auto-intoxications, en particulier l'insuffisance hépatique légère, augmentent l'appétit de sommeil, sans doute par une accumulation excessive d'hypnotoxine. Il montre, en outre, que la périodicité du sommeil peut s'expliquer par le « retour du complexus de circonstance qui accompagne habituellement la mise en jeu de l'inhibition hypnique et peut, à un moment donné, déclancher directement le mécanisme inhibiteur par suite d'un phénomène associatif dont on

connaît un grand nombre d'exemples dans les fonctions nerveuses. »

De sorte « qu'il est possible que l'organisme des vertébrés supérieurs dorment sans attendre l'intoxication, comme ils respirent sans attendre l'asphyxie, comme ils mangent sans attendre l'inanition. »

*
* *

Nous nous trouvons donc en présence de plusieurs données. D'une part nous avons montré quelle était l'analogie des symptômes nocturnes étudiés avec ceux qu'on observe dans des états de confusion mentale atténuée et nous avons été conduit à leur assigner, comme aux symptômes précédents, une origine auto-toxique. D'autre part, après avoir rappelé les analogies psychologiques que présentent ces états de confusion mentale atténuée avec l'état hypnagogique ou l'état de rêve, nous avons vu que, au cours du sommeil, il se produisait des modifications physiologiques de l'organisme dans le sens d'une légère auto-intoxication.

Cette auto-intoxication reconnaît deux groupes de facteurs. L'un d'eux se développe au cours de la veille sans doute par suite du fonctionnement actif des organes et du travail musculaire et aboutit à la formation de cette hypnotoxine dont nous avons mis en évidence le rôle considérable dans la production du sommeil. L'autre tire son origine du sommeil lui-même. Nous avons vu, en effet, que tous les phénomènes respiratoires, circulatoires, éliminatoi-

res aboutissaient à la rétention de produits toxiques pour l'organisme (acide carbonique, acide urique, produits azotés, etc.).

Il faut en outre rappeler que chez les malades auto-intoxiqués antérieurement, l'élimination des produits toxiques par l'urine était notablement plus faible que chez les sujets normaux, ce qui augmente ainsi leur auto-intoxication primitive.

Nous avons donc été amené par les constatations précédentes, à rechercher si nos malades ne rentraient pas dans le cadre d'une auto-intoxication d'origine organique. Nous avons recherché chez eux, par leur examen clinique, par les mesures des produits de leur excrétion urinaire, la valeur du fonctionnement de leurs organes anti-toxiques. Nous avons également complété ces recherches par l'étude de leur tension artérielle prise au Pachon Nous avons alors remarqué que tous nos malades mis en expérience étaient des sujets légèrement tarés physiologiquement, subintoxiqués d'une façon continue. Presque tous sont des artérioscléreux possédant une tension artérielle relativement élevée, une quantité d'urines assez abondantes mais pauvres en urée et en chlorures. Deux d'entre eux (obs. I et II) présentaient en outre des signes non équivoques de petite insuffisance hépatique décelée par la présence d'urobiline et de pigments biliaires dans leurs urines. Tous présentaient également un mauvais état gastro-intestinal et ils ont en même

temps des petits symptômes d'insuffisance des glandes à sécrétion interne.

La constatation de ces signes d'insuffisance polyglandulaire jointes à la notion d'une artério-sclérose fruste explique suffisamment par elle-même la présence de ces troubles de la sensibilité générale que nous avons signalés et qui ne sont, dès lors, que des douleurs angiomateuses névritiques ou névralgiques liées à l'auto-intoxication habituelle exagérée au moment du sommeil par l'auto-intoxication propre à ce dernier.

L'explication des troubles mentaux confusionnels est analogue. Chez ces individus, légèrement tarés physiologiquement, subintoxiqués mais d'une façon insuffisante pour provoquer de grands troubles confusionnels, quand l'auto-intoxication hypnique vient se surajouter à l'auto-intoxication permanente, les phénomènes confusionnels apparaissent, liés à la résultante de ces deux intoxications. On comprend également pourquoi ces troubles n'apparaissent que d'une façon intermittente. L'auto-intoxication permanente est en effet trop minime pour que même en se surajoutant à l'intoxication, elle soit capable de provoquer tous les jours les accidents confusionnels. Il faut que l'intoxication due à l'un ou à l'autre de ces facteurs soit augmentée. Ce sera alors sous l'influence d'une fatigue, de veilles prolongées augmentant la valeur de l'hypnotoxine ou bien lors d'une intoxication alimentaire, d'une infection surajoutée, d'un déficit quelconque d'un or-

gane auto-toxique pour que les accidents confusionnels apparaissent dans la nuit qui suit. Cette succession de phénomènes est du reste absolument analogue à celle qui se passe chez les grands auto-intoxiqués tels que les goutteux où les accès aigus apparaissent à l'occasion d'une auto-intoxication surajoutée.

Ces bouffées confusionnelles varient donc constamment avec les phases de l'auto-intoxication, se reproduisant fréquemment, presque toutes les nuits et d'une façon continue pendant la nuit, pendant les périodes où l'auto-intoxication de l'individu augmente sous l'influence d'une cause extérieure. Elles deviennent plus rares ou même disparaissent lorsque la cause provocatrice de l'accès toxique vient à disparaître elle-même.

Cette notion nous paraît également devoir comporter un certain nombre de déductions pratiques. On peut, en effet, se demander s'il ne serait pas possible d'atténuer ou même de supprimer ces phénomènes par un régime ou un traitement anti-toxique approprié. Il semble notamment que l'allaitement, le régime lacté doivent favoriser chez ces malades la résistance de l'organisme contre l'auto-intoxication et qu'on pourrait en attendre d'excellents résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. A., 42 ans, né à St-Denis (Réunion), commis des services civils en Indo-Chine, entre à Ville-Evrard, le 29 juin 1913, venant de l'Asile de Cadillac (Gironde), où il était interné depuis le 3 avril 1909.

Délire systématisé de persécution, nombreuses interprétations fausses, troubles psycho-sensoriels à début nocturne, pendant le sommeil ; tortures, crispations, décharges électriques envoyées d'une machine ; hallucinations de l'ouïe, de l'odorat.

Malade conscient, très soigneux de sa personne, très poli ; n'est pas buveur ; nie la syphilis ; n'a jamais été malade.

Début à la fin de 1902. Etant commis des services civils à Saïgon, a eu des difficultés avec son chef de bureau qui l'a malmené sans motifs. On a raconté des médisances sur son compte. Il change de bureau, mais les tracasseries recommencent et on l'envoie en disgrâce. Ses collègues du bureau lui « font des niches », l'empêchent de dormir en venant chanter sous ses fenêtres et mettre tout en

désordre chez lui, la nuit. Ils le narguent. Plainte au gouverneur général. Il change de poste.

En 1903, il devient amoureux d'une cousine avec laquelle il désire se marier. Il croit que la famille lui fait des avances alors qu'il ne s'agit que d'attentions familiales. Le mariage est impossible.

Lors d'un congé (1903), à Paris, il est extorqué par un individu à qui il avait rendu plusieurs services ; quinze jours après, il souffre d'une orchite à évolution étrange (son testicule se gonflait toutes les nuits). Il comprendra ultérieurement la genèse de cette orchite.

A Hanoï (1908), les plaisanteries recommencent. Ses collègues, ses amis venaient le réveiller pendant la nuit pour de moquer de lui. Il change à plusieurs reprises de logement pour fuir ses persécuteurs. Il se plaint de ces vexations à son frère qui lui dit de « se débrouiller ». Son frère deviendra dans la suite, avec les autres Cochinchinois, l'organisateur des persécutions.

A. vient en congé en France en 1909, débarque à Marseille. Mais là encore il est en butte aux persécutions des Cochinchinois qui l'avaient suivi et s'étaient installés avec leurs appareils dans un appartement situé de l'autre côté de la rue. Plainte au procureur général qui l'engage à quitter la ville. Il se rend à Bordeaux, mais là encore, les persécutions recommencent. Il croit reconnaître ses persécuteurs et les nomme. Nouvelle plainte au commissaire de police qui l'engage à aller ailleurs ; il n'y consent pas. C'est alors qu'on l'interne d'office à Cadillac où il reste quatre ans ; transféré à Ville-Evrard le 29 juin 1913.

Le malade explique très clairement tous les troubles qu'il ressent : au début, *c'était la nuit, pendant son sommeil* qu'il éprouvait des malaises physiques inexpliqués. Il comprend maintenant pourquoi son testicule avait gonflé toutes les nuits et avait si brusquement guéri : c'est que des personnes de son quartier, de connivence avec

l'individu qui lui avait volé l'argent soi-disant perdu à la Bourse, lui envoyaient des rayons X sur les testicules.

Depuis lors, il est sous l'influence d'un individu qui le magnétise ; on lui donne des douleurs à la tête et à l'épigastre. A Paris, il a ressenti, *la nuit*, des douleurs au cervelet, des crispations au cou ; actuellement, sa tête est aimentée jour et nuit ; il a des bourdonnements d'oreilles, des sifflements. On emploie, la nuit, un système, une sorte d'appareil téléphonique pour lui faire des projections à distance. On lui transmet dans le cerveau des phrases bizarres. Ses ennemis, parmi lesquels son frère, ont installé dans l'établissement, du côté de la direction, leurs appareils, qui s'entendent de partout. Le médecin ignore toutes les tortures qu'on lui inflige toutes les nuits : « Depuis une dizaine de jours, je subis une recrudescence de ce supplice atroce, je suis aimanté, électrisé, sulfuré, j'entends les sarcasmes de mon frère, de mon beau-frère, et de leur femme. »

Il n'est pas le seul à entendre leur musique et leurs cris, mais il est le seul à ressentir les effets de leurs manipulations et à en souffrir. « Tous les soirs la machine à expériences hypnotiques fonctionne. » — « *Cette nuit encore j'ai été réveillé à cinq reprises différentes par des douleurs atroces au cœur et au cerveau*, et j'ai été suffoqué par les boules puantes de sulfure qu'on m'envoyait avec cette machine à projections qui faisait craquer l'armoire et la boiserie quand on envoyait des décharges électriques... On congestionne mes organes avec cette machine ; on éreinte ma vue, et on détruit ma santé comme à plaisir avec toutes ces nuits blanches et cette souffrance continue. » On le nargue dans ces appareils ; on lui transmet des pensées la nuit, on le fait rire malgré lui. Ces appareils projettent des poudres hilarantes et puantes qui ont même falli le tuer. « Ils m'attaquent très souvent les yeux ». Depuis son arrivée, il ne cesse de se plaindre ;

nombreuses lettres au médecin, au directeur, à sa famille, au procureur. Il se croit plus que jamais encerclé par ses ennemis qui font le vide autour de lui.

Pas de réactions violentes jusqu'ici, mais quelques observations un peu vives faites au personnel.

Tension artérielle au Pachon 17/12. Urines : 1 l. 800 par 24 heures. Urée 9 gr. 52 par litre, soit 16 gr. 88 par 24 heures.

Chlorures : par litre : 5 gr. 53 — par 24 heures, 9 gr. 30. *Présence de pigments biliaires.*

OBSERVATION II

M. D., 29 ans. Entré le 3 septembre 1908, venant de la maison de santé d'Ivry.

Dégénérescence mentale ; confusion ; alternatives d'excitation et de dépression ; hallucinations de la vue, de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale *se manifestant souvent la nuit.*

Jusqu'à 23 ans, bien portant ; atteint au régiment de rhumatisme articulaire subaigu avec endocardite. Début de délire trois jours après son arrivée en convalescence dans sa famille (hallucinations). Interné trois semaines plus tard à Ivry. Crise de mélancolie puis débute six mois après, un délire de persécution. Transféré à Ville-Evrard.

Pas d'hérédité. Parents bien portants ainsi que les frères et sœurs.

A son arrivée, veut être interrogé au secret car il se dit surveillé pendant l'examen par M. le Dr Moreau. Il entend des voix par intervalles, d'un seul côté ; quelquefois elles sont à l'oreille, quelquefois intérieurement, ce qui le force

à dire quelque mauvaise expression. Prétend n'avoir jamais eu de réactions violentes à Ivry (faux). Ses hallucinations revêtaient parfois un caractère nettement terrifiant et le malade y devenait très dangereux par ses impulsions violentes.

Quelquefois il a des visions, quand il le désire. On a essayé de l'influencer de diverses façons, de lui donner une maladie, par une impression quelconque, par exemple en lui faisant peur pendant la nuit.

Pas d'électricité, pas d'effluves.

Croit être surveillé, surtout la nuit. Parfois entre dans une violente colère pendant la nuit, croyant être insulté par le veilleur ou le surveillant, qui se présentent à lui sous d'autres formes que la réalité. La nuit, il entend des personnes qui causent autour de sa chambre, lui disent des insultes.

Reste calme, mange bien, dort bien.

Souvent en lisant, il a des visions ; ce sont soit des personnes du pavillon, soit des étrangers.

Affaiblissement de la mémoire, compte très lentement, se souvient peu des villes où il est passé, ni quel métier il faisait. Cause parfois cependant en anglais. Ecrit beaucoup, soit des plaintes, soit des inventions qu'il soumet à l'approbation du médecin.

Toujours persécuté, se plaint que les lettres qu'on lui adresse ne lui parviennent pas ; assez excité parfois, grossier et menaçant envers le personnel.

Parfois des dames qu'il a vu passer devant le pavillon où il est en traitement lui apparaissent la nuit et lui font des propositions. Telle personne s'introduit dans son ventre et dans son estomac.

Il a des périodes de gaîté et de mauvaise humeur, de violentes crises de colère, la nuit surtout. Il crie beaucoup et bouscule les meubles. Plusieurs jours de suite, le matin, il a poussé des hurlements contre les visions qui l'ob-

sédaient, demandant qu'on le débarrasse des visions qui le suivaient pas à pas.

Demande qu'on porte plainte contre les personnes qui se font voir la nuit dans sa chambre « sous la forme ».

Il va travaillller au jardin avec plaisir, mais se plaint toujours de quelqu'un ou de quelque chose.

Ecrit beucoup, à des parents, au directeur, aux médecins. Plainte au préfet de police, le priant de demander à ses parents « pourquoi ils se permettent de le surveiller, de lui causer, de l'influencer, de le poursuivre, de se faire entendre ou bourdonner, de se faire voir, de s'imposer, de se mettre en lui. »

Il lui arrive de se voir lui-même près de lui, par une sorte de dédoublement, « comme dans une glace ». Ce double lui cause sans qu'il lui adresse la parole. En même temps qu'il parle, il s'entend dire d'autres phrases.

Le soir, dans son lit, a une apparition de ciel bleu sur le plafond. Une autre nuit a eu la même scène avec une femme sous forme d'esprit « qui l'appelait au ciel. »

En octobre 1913 a eu une écorchure du scrotum. S'est plaint à plusieurs reprises qu'on venait lui chatouiller les testicules pendant la nuit et l'exciter. Examen :

Tension 19/12. Urines : 1 l. 700 par 24 heures. D. 1029. Urée : 25 gr. 66 par litre, soit 44 gr. 32 par 24 heures. Chlorures : par litre : 8 gr. 70, soit 14 gr. 79 par 24 heures. Urobiline, réaction faible.

OBSERVATION III

Excitation intellectuelle avec délire de persécution systématisé, basé principalement sur des interprétations. Troubles auditifs à prédominance nocturne. Mauvais état du tube digestif.

M. H., 39 ans, employé. Entré le 26 octobre 1912.

Pas d'antécédents ni héréditaires, ni personnels ; sobre ; parle peu, a l'air fatigué et résigné ; langue non trémulante, un peu saburrale. Les pupilles réagissent. Réflexes normaux.

Début il y a cinq ou six ans, mais atténué. Les taquineries se sont généralisées surtout depuis février 1912. Le malade aurait eu des difficultés avec son chef de bureau et un garçon de bureau. Celui-ci se serait imaginé que M. H. aurait cherché à lui faire du tort, et en aurait saisi le syndicat. Depuis janvier, tous les syndicats se sont confédérés contre notre malade. Le monde entier est au courant de sa situation ; « le président de la République n'est pas aussi connu. »

On a imaginé de faire du bruit pour l'empêcher de dormir la nuit. On a fait passer des voitures sous ses fenêtres, ce qui empêche cinquante mille personnes de dormir. Il ne peut se rendre nulle part sans entendre du bruit. Pendant des mois, il a eu des insomnies dues au bruit fait autour de lui : on marchait fort, on cognait les portes. Il fallait, par ordre du syndicat, l'agacer de toutes les manières : on frappait à coups de marteau, on clouait des caisses, on détournait de leur chemin les voitures.

Le malade reconnaît la futilité du motif initial (la difficulté avec le garçon de bureau) ; on a donné à son affaire

une importance qu'elle ne méritait pas ; mais il n'admet pas qu'il se trompe.

On lui a fait beaucoup de misères, mais jamais ouvertement : on ne lui donnait pas la part qui lui revenait, son café était étendu d'eau ; jamais il n'osait se plaindre ni de ces bruits, ni de ces vexations. Il l'a fait une fois, mais tout a redoublé.

Il a entendu des injures derrière lui « pouilleux, voyou », dites par des passants. Depuis qu'il est ici, on lui abîme ses chaussures, ses vêtements. Au début de son arrivée ici, les pensionnaires le suivaient partout pour l'agacer. Maintenant il ne fait plus attention aux allusions muettes du personnel qui lui montre en ricanant ses effets déchirés.

Il craint de devenir sourd. Il a de fait, de l'hypoacousie gauche, mais ne pense pas qu'il s'agit là d'attentats dirigés contre lui. Il a eu un vertige de Ménière en mai 1913, pendant trois mois.

Parfois les aliments sont empoisonnés.

Idées de grandeur ; croit que beaucoup de personnes s'intéressent à lui ; il serait protégé par le directeur de Ville-Evrard et peut-être appelé à le remplacer.

Fortes convulsions étant enfant, très bonne conduite. Surmenage intellectuel, contrariétés. A habité l'Algérie pendant douze ans ; fièvres paludéennes pendant cinq ans.

A eu une crise nerveuse à son bureau en 1912. Il était parfois très excité, parfois très déprimé, avec des idées de suicide. Depuis 6 mois, il se nourrisait de farines pour éviter d'aller au restaurant, sentait des influences étrangères agir sur lui.

Se serait soigné lui-même, se procurant des médicaments par toutes sortes de moyens, se faisant des piqûres de strychnine.

En février 1913 a fait plusieurs voyages pour fuir ses persécuteurs ; est allé jusqu'en Tunisie et en Sicile.

Tension artérielle : 18/12. Pas d'analyse d'urines.

OBSERVATION IV

M. L., 41 ans, entré le 12 février 1912.

Délire de persécution avec hallucinations et interprétations délirantes. Troubles nocturnes de sensibilité générale, arthritisme.

A. P. Engagé volontaire, campagne de Madagascar, fièvres paludéennes, foie malade, convalescence longue. Puis employé de bureau, bien noté, travaille beaucoup, mais se froisse facilement. En 1909, anémie, amaigrissement. Il fait un rapport bizarre ; on le regardait d'une drôle de façon, on fermait les portes brusquement devant lui, on le poursuivait, on contrôlait ses actes. En 1910, étant au lit, a eu une crise, mal expliquée, unique ; ses membres se raidissent, il pousse des cris, est pâle, le souvenir est conservé ; durée de quelques minutes.

En octobre 1910, entre à Picpus pendant un mois ; il en sort avec les mêmes idées de persécution. Il reprend son service pendant deux ans, travaillant régulièrement.

Juillet 1911, se croit poète, écrit des vers, en envoie à tout le monde, écrit beaucoup à la Préfecture des lettres de récriminations. On l'interne en décembre 1912.

Malade sobre, nie la syphilis.

Depuis qu'il est à la maison de santé, il est calme, lit beaucoup, écrit des vers, critique continuellement la maison ; cause peu, très observateur, cherche à tout sa-

voir. Orgueilleux, peu obéissant, difficile à contenter.

Profère parfois de violentes menaces contre le préfet de police ou les médecins.

A eu une entérite et de l'asthme (arthritique).

L. a cru jouer un rôle de diplomate entre le Parquet et la Préfecture de la Seine. Nombreuses interprétations délirantes. Persécuté par son Docteur, par la Préfecture, qui est de connivence avec lui. On se sert d'appareils pour capter sa pensée (télégraphie, télphonie sans fil).

En 1909, comprenant tout le mal qu'on lui voulait, il a tenté de se suicider, mais a perdu son sang-froid.

Passé au Pavillon de chirurgie en avril 1912 pour appendicite ; opéré. Revient de Sainte-Anne très calme, plus réfléchi. Il veut désormais vivre de son métier d'homme de lettres, publier des vers, des livres, des articles, faire des recherches sur les microbes.

1er novembre 1912. Demande à sortir pour se livrer à des travaux poétiques et musicaux auquels il veut entièrement se consacrer. Il renonce à la Préfecture car c'est par ordre du Préfet qu'il a été interné. On a voulu le faire disparaître parce qu'il avait des révélations qui auraient pu compromettre la Préfecture. Idées hypochondriaques dominantes. Craintes de froid. garde le lit, toujours très couvert, arthritique.

23 août 1913. Met en demeure le médecin de faire cesser les ordres électriques qui émanent de chez lui, le travaillent nuit et jour, *surtout la nuit*. Ce sont des secousses, des gonflements, des picotements dans les jambes, principalement au moment où il s'endort. Même hier il a failli perdre connaissance (cette perte de connaissance est en réalité un accès de pseudo-asthme arthritique, le malade en a fréquemment). Il a eu à plusieurs reprises de grosses décharges d'acide urique.

« On fait ici des expériences à mon détriment. Je me plaindrai au procureur de la République. Il faut que ce

jésuitisme cesse. Je suis en rapport avec toute une combinaison sectaire et je ne veux pas que ça recommence. » (Longue lettre au procureur, dans laquelle il récrimine avec violence et attaque vivement le médecin).

8 août 1913. Depuis quinze jours, presque toutes les nuits on l'empêche de dormir par les courants électriques, les secousses, etc. C'est l'entourage (médecins, internes), qui agissent à distance. « Ils ont comme moi, communication de ma pensée. » Son emphysème aussi était provoqué : « Sans doute on agit pour mon bien ; on arrivera à guérir par l'électricité, c'est tout de même trop fort ! »

Tension artérielle : 19/12.

Urines : 1 l. 900. Urée : par litre : 10 gr. 54. Par 24 heures : 19 gr. 77.

Chlorures : par litre : 4 gr. 97. Par 24 heures : 9 gr. 74.

Pas de pigments biliaires.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Dr Truelle)

L... Marie, a été internée le 5 avril 1910 à l'âge de 56 ans, pour un délire de persécution basé sur des interprétations, accompagné de quelques idées mégalomaniaques ébauchées, et compliqué d'un petit nombre d'hallucination auditives.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Renseignements incomplets).

La malade est la dernière de 6 enfants. D'une intelligence très moyenne, elle a toujours été un peu originale,

un peu « baroque », disent ses sœurs. Très religieuse, crédule, elle aimait à se faire tirer les cartes en qui elle avait grande confiance.

Célibataire, elle a exercé pendant 20 ans le métier de cuisinière ; depuis 13 ans elle vivait de ses petits revenus et de quelques travaux de ménage et de couture.

Pas d'excés de boisson.

Erysipèle et fièvre typhoïde vers 16 ans. Coliques hépatiques depuis 25 ans, ayant nécessité un traitement à Vichy.

Ménopause à 41 ans, accompagnée pendant 18 mois de malaises vagues dans l'aine. de dyspepsie gastro-intestinale, sans troubles mentaux signalés.

Le début des conceptions délirantes remonte à l'année 1904 (50 ans).

La malade avait alors pour voisine une femme qui faisait la noce. Ayant eu l'occasion de renseigner la propriétaire sur la conduite de cette femme, et celle-ci ayant reçu son congé, L... s'imagine, à tort ou à raison, que la concierge frustrée par ce départ de certains bénéfices, cherche à la faire partir elle aussi. Dans cette conviction, la malade reproche à la concierge de la « moucharder », et la met à la porte de son logement.

Alors celle-ci va se venger ; elle excite les autres locataires contre elle, un complot se forme. La malade surprend au passage des attitudes, des gestes, des propos malveillants ; on la traite de « vieille avare », on fait courir le bruit qu'elle se conduit mal ; un jour elle entend la concierge dire à sa fille : « C'est un gourdin qu'il faudrait, pour faire dessus pin-pan ! » ; une autre fois, elle la voit cracher avec mépris.

Bientôt, les persécutions et les interprétations s'étendent, on cherche à lui nuire de toutes les manières. Ayant obtenu l'insigne des gens de maison, elle pense avoir droit à un prix de vertu ; elle a, en effet, les meilleurs cer-

tificats de tout Paris : deux messieurs sont venus une fois lui demander ses papiers d'identité. C'est là une preuve de la distinction qu'on veut lui attribuer et que lui ont acquise ses longs et loyaux services. Mais les calomnies et les manœuvres de l'entourage empêcheront toujours que ses mérites soient récompensés à leur valeur.

Non contents de la disqualifier, de la calomnier, ses persécuteurs attentent à ses jours : on cherche à l'empoisonner à l'asile de soi-disant grains de santé qu'elle fait analyser chez le pharmacien ; on bouche la cheminée pour l'asphyxier ; les passants, dans la rue, font le geste de lui jeter des poudres impalpables et nuisibles. *Elle éprouve des malaises étranges.*

Puis ce sont des machinations extravagantes. *La nuit, on fait à sa porte un « bacchanal infernal »* ; il y dans la rue des coups de sifflets significatifs ; on chante à son intention, chez le grainetier voisin, des couplets obscènes. *Des ouvriers étaient occupés à creuser un puits sous ses fenêtres, et dans ce puits on a jeté, au milieu de toute une cérémonie bizarre et secrète, la statue d'une petite bonne femme faite à son image : c'était là une sorte de manœuvre d'envoûtement à laquelle viennent assister des quantités de curieux, des journalistes, des photographes, etc.* Les jours suivants, cette scène est reproduite dans les journaux, sur des cartes postales ; on publie même d'elle des portraits plus compromettants encore, où on la représente enceinte ou bien tenant un enfant par la main.

Tout le monde alors est au courant de cette affaire qui prend des proportions de plus en plus amples. Pendant tout le carême, le curé de la paroisse prend pour thème de ses sermons les persécutions de Mlle L.., et il les compare au martyre de Jésus sur la croix. Elle ne peut faire un pas dehors sans être suivie par des gens de toute espè-

ce, notamment par des policiers. Elle entend dans le métro des ouvriers dire : « On ne trouvera rien, c'est une personne sérieuse » ; une autre fois deux passants disent encore : « On ne lui trouvera rien, on pourrait dire ceci ou cela, mais il faudrait des preuves. »

Notre malade n'est pas restée désarmée et passive en face de cette hostilité générale et de ces manœuvres criminelles. Elle s'est défendue de son mieux : d'abord en disant leurs faits à la concierge et aux voisins, puis en les dénonçant à plusieurs reprises au commissaire de police, au procureur, enfin en consultant des avocats sur les moyens d'obtenir réparation des injustices et des outrages commis. Bien que calfeutrée chez elle depuis trois ans pour éviter les avanies qu'on lui faisait dans la rue, elle n'en continuait pas moins ses ripostes et ses revendications, notamment contre les voisins et contre la concierge. Ceux-ci fatigués de ses récriminations, sans doute aussi des nombreuses enquêtes policières intervenues, obtinrent de la propriétaire le congédiement de Mlle L., mais la malade refusa de partir, il fallut l'intervention d'un huissier ; la chose n'alla pas sans quelque scandale, ce qui enfin détermina l'autorité à provoquer son placement d'office.

A l'asile, le délire continue, toujours sous forme d'interprétations. Mais les circonstances provocatrices sont modifiées ; et maintenant que les renseignements sont plus directs, l'observation plus précise, apparaissent certaines particularités intéressantes.

Les anciens ennemis cessent d'agir, du moins par eux-mêmes, et Mlle L... dont la puissance logique est faible, n'arrive que péniblement et imparfaitement à rattacher les persécutions actuelles aux méchancetés passées.

A Ville-Evrard où elle est d'abord placée, du 9 avril au 4 août 1910, on l'*endort d'un sommeil artificiel*, par l'hypnotisme, et elle *ressent alors des coups dans tout le dos*, no-

tamment à gauche ; elle en a le dos tout enflé. D'autres fois, ce sont, *toujours la nuit, des maux de tête pas ordinaires ;* et *le matin au réveil, elle a des étourdissements révélateurs ;* ou bien *le corps tout en sueur.* Ce sont là les conséquences des manœuvres faites sur elle par un interne et deux infirmières à l'aide d'appareils électriques ; elle les entend en effet parfois qui disent : « Cette fois ça n'a pas réussi, eh bien, on recommencera une autre fois. »

Pendant les deux premiers mois de son séjour à Moisselles (août-septembre 1910) on la laisse à peu près tranquille ; mais ensuite les machines électriques se remettent à fonctionner, *toujours la nuit, pour cesser au réveil.*

Presque chaque jour, elle se plaint à la visite de n'avoir pu dormir à cause *des maux de tête qu'on lui a fait subir pendant son sommeil.* Elle a bien eu jadis, et souvent même des névralgies, des céphalées, mais « ce n'était pas la même chose. » « *C'est la nuit seulement, précise-t-elle ; quand je m'endors, je ressens des douleurs brusques et atroces dans la tête, dans la nuque, dans les tempes, l'estomac, le dos.* » Il n'y a pas d'hallucinations auditives concomittantes, du moins elles sont tout à fait exceptionnelles et rudimentaires ; seulement à différentes reprises elle a perçu le bruit de la machine électrique, qui cesse d'ailleurs aussitôt qu'elle est éveillée.

Pendant plus d'un an, qu'il nous a été donné de suivre cette malade, elle n'a pas varié ; les plaintes formulées étaient seulement plus ou moins fréquentes, selon que les troubles ressentis étaient eux-mêmes plus ou moins répétés.

En avril 1911, ce sont des *douleurs dans les reins*, comme si on lui donnait des coups ; en même temps *sa tête bat, prête à se rompre*, et ces *souffrances la réveillent.* Elle fait, nous dit-elle, des *efforts pour ne pas s'endormir*, se tient, aussi longtemps qu'elle peut, assise sur son lit ; mais *vaincue par la fatigue, ses yeux se ferment, et aus-*

sitôt le martyre recommence. « *Si je reste éveillée, je ne sens pas du tout ma tête perdue comme cela.* » Si quelquefois à deux ou trois reprises, elle a éprouvé dans la journée des douleurs analogues, ce n'était tout de même pas comparable. Habituellement, *cela ne commence pas aussitôt qu'elle est couchée, mais après quelque temps, vers dix ou onze heures, quand elle s'endort :* « *Aussitôt que je suis endormie,* dit-elle encore, *on recommence à me travailler : je me sens secouée dans mon lit, je sens les fils électriques remuer, et souvent, après mon réveil, je les sens encore un moment.* » D'autrefois c'est dans l'estomac, comme un balancier de pendule qui battrait.

Sur ces sensations anormales et pénibles, elle bâtit quelques interprétations. En mai, par exemple, elle déclare qu'on cherche à prendre ses pensées : elle le devine aux douleurs qu'elle éprouve. Une nuit on lui a fait une piqûre à la jambe gauche, elle en est sûre, elle a senti une douleur, et d'ailleurs au bain, elle en a vu la marque ; au surplus, il y a la nuit une recrudescence des souffrances nocturnes. Ce sont les internes qui font des expériences sur elle ; il lui est arrivé, en effet, d'entendre des propos de ce genre : « En voilà une fille, elle est insensible à tout », ou bien « cela y est ce coup-ci, nous allons voir ce qu'elle va faire. » C'est pour la rendre folle qu'on agit ainsi ; ou bien pour la faire mourir ; et presque chaque jour elle se plaint vivement au médecin de ces procédés inhumains. Tout cela d'ailleurs se paiera plus tard. Ce sont ses anciens ennemis de la rue G... qui l'ont fait tomber dans ce piège. Mais quand elle sera sortie, il faudra bien que cette affaire s'éclaircisse, elle demandera des dédommagements « dans les grandes largeurs, ou bien il n'y a plus de justice, c'est canaille et Cie. »

Voici donc une malade, qui, après une période de délire d'interprétation en apparence banale, mais où cependant

dès le début, apparaissent quelques symptômes particuliers (tapage nocturne, malaises divers, scène vraisemblablement oniriques du puits et de la statuette). Voici une malade qui, pendant plus d'un an et demi, se confine dans un délire de persécution physique exclusivement nocturne. C'est la nuit seulement, pendant son sommeil, que les sensations pénibles sont perçues, et cela suffit pour entretenir ses idées de persécution et ses idées de revendication.

Il était manifeste que ces troubles correspondaient à des sensations, déformées, amplifiées peut-être par l'état de sommeil ou l'état hypnagogique, mais réelles pourtant, et devant trouver leur explication dans l'état organique de la malade.

Or, l'examen physique décèle chez elle, les signes suivants :

Constipation habituelle depuis 14 ou 15 ans, consécutive à une poussée subaiguë de gastro-entérite pour laquelle elle a été soignée pendant plusieurs années ;

Coliques hépatiques anciennes, actuellement très atténuées, mais occasionnant encore une sensibilité nette de la région vésiculaire ;

Léger œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux mollets ;

Sensation de froid ; elle a toujours les jambes glacées ;

Oppression dans la marche ou la montée des escaliers ;

Hypertension marquée (23 au sphygmomanomètre Potain) ;

Ebauche de bruit de galop gauche ;

Légère polyurie (1800 gr. par 24 heures).

Rétention chlorurée (6 gr. par 24 heures, soit 3 gr. 33 par litre).

Donc, symptômes d'arthritisme et de préartériosclérose, avec légère insuffisance rénale (la malade rebelle ne s'est pas prêtée à des recherches plus complètes), état suscepti-

ble, pensons-nous d'expliquer les algies diverses ressenties par elle.

Il a été impossible d'instituer une contre-épreuve, Mlle L... a toujours refusé de se soumettre à un régime achloruré et à une médication hypotensive.

YANKEE

CONCLUSIONS

1° Il est assez fréquent de constater au cours de diverses psychoses systématisées chroniques, en particulier dans le délire d'interprétation, des symptômes qu'on pourrait appeler surajoutés.

Ce sont notamment : d'une part, des algies diverses, des sensations pénibles ou anormales, troubles de la sensibilité générale ou de la sphère génitale ; d'autre part, des illusions, des hallucinations, des épisodes hypnagogiques ou franchement oniriques.

2° Tantôt ces symptômes sont purement et simplement incorporés par le malade à son délire qu'il viennent confirmer et renforcer ; tantôt ils constituent presque à eux seuls les éléments de conceptions délirantes plus ou moins systématiques.

3° Il semble que ces deux catégories de signes qui ne font pas partie de la symptomatologie nécessaire des délires au cours desquels on les observe, peuvent être compris comme les manifestations de certaines insuffisances organiques : algies de préarté-

rioscléreux ou d'hypertendus, petits accidents confusionnels chez des auto-intoxiqués.

4° On trouve, en effet, d'ordinaire chez ces malades, soit des symptômes d'insuffisance hépatique ou rénale, soit des troubles digestifs, soit des signes de préartériosclérose ou d'artériosclérose confirmée.

5° Ces symptômes particuliers ont encore pour caractère de se produire de préférence, parfois exclusivement, la nuit, pendant le sommeil ou dans le moment qui précède celui-ci.

6° Les recherches physiologiques entreprises ces dernières années sur la période hypnique tendent à établir qu'il se produit à ce moment une série de modifications humorales qui seraient l'expression d'une auto-intoxication spéciale.

7° Celle-ci venant s'ajouter aux insuffisances organiques signalées plus haut, expliquerait la raison de la prédominance nocturne des manifestations envisagées.

Vu le Président,

GILBERT BALLET

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANGLADE. — Délires systématisés. Congrès de Marseille (1899).

BAILLARGER. — De l'état désigné sous le nom de stupidité. Ann. méd. psych., 1843.

— Essai de classification des maladies mentales. Ann. médico-psych., 1854.

— De l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production des hallucinations.

BALLET. — Traité de pathologie mentale. Paris, 1903.

— Lésion des cellules de l'écorce dans certaines formes de confusion mentale. Académie de médecine, juin 1898.

— Société médicale des Hôpitaux, mars 1898.

— La confusion mentale. Ann. de médecine, 1894.

— Traité de médecine. T. II, p. 402.

BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les lésions cérébrales dans les psychoses d'origine toxique, XV[e] congrès international de médecine ; Lisbonne, 1906.

BALLET et MAURICE FAURE. — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive. Presse médicale, novembre 1898.

BALL. — De la torpeur cérébrale. Encéphale 1881, p. 369.

Bouvat. — Essai sur l'urémie délirante. Thèse de Lyon, 1883.

Charpentier. — La confusion mentale. Revue générale clinique et thérapeutique, 1892, p. 35.

Chaslin (Ph.). — Du rôle du rêve dans l'évolution des délires. Thèse de Paris, 1886.

— La confusion mentale primitive, Paris 1895.

— La confusion mentale primitive. Ann. médic. psych., 1892.

— Eléments de séméiologie et clinique mentales. Paris 1912.

Chevalier-Lavaure. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Thèse de Bordeaux, 1890.

Damaye (H.) — Confusion mentale avec délire de persécution. Autopsie. Arch. de neurologie, janvier 1910, p. 15-18.

Dagonet. — De la stupeur dans les maladies mentales. Ann. méd. psych. 1872.

De Fleury (M.) — Accidents nerveux du petit brightisme. Académie de médecine, 31 octobre 1899. Semaine médicale 1899, n° 46.

Deny et Renaud. — Confusion hallucinatoire aiguë avec insuffisance hépatique. Encéphale, 1906, n° 2.

Dieulafoy. — De la folie brightique. Soc. méd. des hôpitaux, 1883.

Doutrebente et Olivier. — Psychose aiguë par auto-intoxication intestinale et rénale. Ann. méd. chirurg. du Centre, 1905, n° 49.

Delasiauve. — Le diagnostic différentiel de la lypémanie. Ann. méd. psych. 1851.

— Des diverses formes mentales. Journ. de méd. mentale 1861.

Etoc-Demazy. — De la stupidité considérée chez les aliénés, 1833.

Esquirol. — Des maladies mentales. Paris, 1838.

FERRUS. — Cours sur les maladies mentales. Gaz. Hôpitaux, 1838, p. 600.

FAURE (Maurice). — Sur un syndrôme mental fréquent lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. Thèse de Paris, 1900.

FLORANT. — Des manifestations délirantes de l'urémie. Thèse de Paris, 1891.

FRITSCH. — Die Verwirrteit. Jahrhichb, für Psych. T. II, 1881, p. 27.

FOUQUE. — Confusion mentale avec délire onirique chez une albuminurique. Bull. soc. clin. méd. mentale, 20 févr. 1911.

GUÉLON. — Des psychoses dans leurs rapports avec les affections rénales. Thèse de Bordeaux, 1897.

GEORGET. — De la folie, 1820.

— Dictionnaire de médecine. Art. folie, 1836, 2e éd.

HASCOVEC. — Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies mentales. Revue neurol. 1893.

GARBINI. — Sur la psychose confusionnelle hallucinatoire aiguë par auto-intoxication. Revue Neur., 1908, p. 674.

HANNION. — De la confusion mentale. Thèse de Paris, 1894.

JOFFROY. — De la folie brightique. — Bulletin médical, 1891.

JUQUELIER. — Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication. Thèse de Paris, 1903.

KLIPPEL. — Les folies hépatiques. Journal des Praticiens, 1904, n° 24.

— Du délire chez les alcooliques. Congrès de la Rochelle, 1893.

— Délire et auto-intoxication. Revue Psych., sept. 1897.

— Revue de Psychiâtrie, septembre 1897.

KLIPPEL et LOPEZ. — Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës. — Revue de Psychiâtrie, 1900.

KLIPPEL et TRENAUNAY. — Délire systématisé de rêve à rêve. Revue de Psych., 1901.

— Un cas de rêve prolongé d'origine toxi-infectieuse. Revue de Psych. 1900.

LASÈGUE. — Des accidents cérébraux qui viennent dans la maladie de Bright. Archt gén. de méd. 1852.

— Etudes médicales. Paris, 1881.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Séméiologie du rêve. Gaz. Hôp., 1910, n° 138.

— Forme confusionnelle de l'insuffisance surrénale chez une addisonnienne. Bull et Mém. de la Soc. anat. de Paris, janvier 1911.

— Les troubles psychiques dans les syndromes surrénaux. Arch. génér. de médecine, 1908.

MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux. T. II, 1893.

MARANDON DE MONTYEL. — La stupidité de Georget. Rev. de Psych. 1897.

— La confusion mentale. Bulletin médical, 16 20 juillet 1904.

MOREAU (de Tours). — De l'identité de l'état de rêve et de la folie. Ann. méd. psych., 1888.

MAURY (A.). — Des hallucinations hypnagogiques, ou des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Ann. méd. psych., 1848.

MASSELON et MEUNIER. — Les rêves et leur interprétation. Paris, 1910.

PICHON. — Contribution à l'étude du délire de rêve : délire infectieux et toxique. Thèse de Bordeaux, 1896.

PINEL. — Traité médico-philoscophique sur l'aliénation mentale. Paris, 1810.

— Aliénation mentale. Paris, 1809.

PIÉRON (H.). — Le problème physiologique du sommeil. Paris, 1913.

RAYNAUD. — Relations de l'albuminurie avec les psychoses. Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1890.

RÉGIS. — Précis de Psychiâtrie, 5e édition. Paris, 1913.

— Auto-intoxication et délire. Mémoires Soc. méd. psych., 1898.

RÉGIS. — Les confusions mentales. In traité international de Psychologie pathologique. T. II, 1911.

RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des intoxications dans les maladies mentales. Congrès de la Rochelle, 1893.

RÉGIS et LALANNE. — Catatonie et insuffisance rénale. Congrès des aliénistes et neurologistes, 1901.

RIBAIL. — Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale Thèse de Paris, 1886.

ROUBINOVITCH. — Troubles mentaux dans les auto-intoxications. Traité de Gilbert Ballet, livre III, ch. IV.

SÉGLAS. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Arch. gén. de méd., novembre 1893.

— Maladies mentales et nerveuses. Paris, 1895.

— De la confusion mentale primitive. Arch. gén. de méd., mai 1894.

SERIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes, Paris, 1909.

TISSIE. — Les rêves. Physiologie et pathologie. Paris, 1890.

TISSOT. — Ann. méd. psych., novembre 1910, p. 393.

TOULOUSE. — Les troubles moteurs de l'urémie. Gaz. Hôp., 16 juin 1894.

TRUELLE et BESSIÈRE. — Recherches sur la presbyophrénie. Encéphale 1911.

VASCHIDE et MEUNIER. — Le sommeil et les rêves. Paris, 1911.

— Les caractères essentiels des images oniriques. Annales des sciences psychiques, octobre 1911.

— Projection du rêve dans l'état de veille. Revue de Psych. 1901.

— La valeur séméiologique du rêve. Revue scientifique 1901.

— La psychologie du rêve. Actualités médicales. Paris, 1902.

VIGOUROUX et JUQUELIER. — Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique. Soc. méd. psych., nov. 1902.

— Insuffisance hépatique et délire. Rev. Psych. 1902.

VIGOUROUX. — Les délires du rêve. Arch. gén. de médecine, janvier 1903.

WILLE. — Die Lehre der Verwierrteit. Arch. f. Psych., T. XIX, 1888.